**様式第４号**

**第三者行為による傷病届**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 国保・退職（本人・家族）・後期・介護 |
| 被害者 | フリガナ | 世帯主との続柄 | 被保険者証記号番号 |
| 氏　　名年　　　月　　　日生（　　　　　）歳 |  |
|  | 後期高齢者被保険者番号 |
|  |
| ※ 個人番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 第三者 | 本人 | 住　所 |  | 電話 |  |
| 氏　名 |  | 　　　　　年　　　　月　　　日生 |
| 使用者 | 住所名称代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 事故の状況 | 発生日時 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　午前・午後　　　　　時　　　　分頃 |
| 発生場所 |  |
| 事故の原因及び状況 |  |
| 診療関係 | 傷病名及び傷病の程度 |  | 初診日　　　　　年　　月　　日国保（後期）開始日　　　　　年　　月　　日 |
| 治癒までの見込み　　　　入院　　　　　日・通院　　　　　日・費用額　　　　　　　　　　　円 |
| 保険医療機関名 | 住　所 名　称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| サービス関係 | 要介護状態 |  | 介護保険サービス提供開始日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 介護サービス事業者名 | 住　所 名　称 | 電話 |
| 第三者保険関係 | 示談等の交渉状況 | 成立した・成立していない・交渉中（　　　　年　　月　　日現在） |
| 自賠責保険 | 保険会社名 | 電話 | 担当者名 |  |
| 契約者名 |  | 証明書番号 |  |
| 保有者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 任意保険 | 保険会社 | 住所 |  |
| 名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 証券番号 |  | 担当者名 |  |

* 後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。

上記のとおりお届けします。

　　　　　　年　　　月　　　日

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

（宛先）紀の川市長

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。